



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Décès, rente, invalidité permanente totale

S'AGIT-IL D'UNE DEMANDE DE :

- capital consécutive au décès du participant ?
- capital consécutive à la survenance d'un état d'invalidité permanente totale du participant ?
- pré-décès du conjoint ?
- frais d'obsèques ?
- rente d'éducation ?
- rente de conjoint ?
- capital consécutive au décès du conjoint survenant après celui du participant (garantie double effet) ?

ENTREPRISE

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET :

N° de contrat prévoyance :

Personne à contacter : _____ Téléphone :

E-mail : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____

Téléphone :

POUR TOUTE QUESTION CONCERNANT LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER, APPELEZ-NOUS AU :

0 972 672 222

(appel non surtaxé)

DOCUMENT À RETOURNER :

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance :

N° d'immatriculation sociale :

Date d'entrée dans l'entreprise :

N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré :

Date d'affiliation au régime décès :

Le décès a-t-il été précédé d'une période d'arrêt de travail indemnisée par AG2R RÉUNICA
 Prévoyance ? OUI NON (voir liste des pièces à fournir)

Date d'arrêt de travail :

Date éventuelle de rupture du contrat de travail :

Date du décès :

Situation familiale au jour du décès :
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Pacsé(e) Concubinage

Nombre d'enfant(s) à charge :

SI LA PERSONNE N'EST PAS LE SALARIÉ

Nom d'usage de la personne décédée (si différent) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : Lien de parenté avec le salarié : _____

Date du décès :

DÉCLARATION DE SALAIRES

Veuillez remplir, ci-dessous, la grille des salaires des mois précédant :

le décès,

l'arrêt de travail (si une période de maladie a précédé le décès ou l'état d'invalidité permanente totale).

Important

La rubrique « salaires » ne doit pas être complétée dans le cas où le contrat d'adhésion prévoit un capital forfaitaire d'un montant fixe ou en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

| | SALAIRE DU MOIS ⁽¹⁾ | | PÉRIODES D'ABSENCE POUR MALADIE NON RÉMUNÉRÉES | SALAIRE TOTAL QU'AURAIT PERÇU L'INTÉRESSÉ POUR LE MOIS EN COURS S'IL N'AVAIT PAS ÉTÉ ARRÊTÉ POUR MALADIE | |
|---|--------------------------------|---------------|---|---|---------------|
| | BRUT | NET IMPOSABLE | | BRUT | NET IMPOSABLE |
| Salaire du mois N - 1 (mois précédant le décès ou l'arrêt de travail) | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 2 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 3 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 4 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 5 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 6 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 7 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 8 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 9 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 10 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 11 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 12 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 13 | € | € | € | € | |
| Salaire du mois N - 14 | € | € | € | € | |
| TOTAL | € | € | € | € | |

(1) Le salaire total s'entend de toute rémunération ayant donné lieu à cotisation au risque décès.

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Fait à : | Cachet et signature de l'entreprise |
| Date : <input type="text"/> | |

PERSONNE(S) RÉFÉRENTE(S) POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE DE VERSEMENT DE LA PRESTATION⁽²⁾ - (à compléter obligatoirement ou recopier sur papier libre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 1441-7 (1) du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative selon les articles 313-1(2) et 313-3 (3) du Code pénal.

Je m'engage par ailleurs à informer l'institution assurant le service des prestations de tout changement ultérieur dans les données de la présente déclaration.

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Fait à : | Nom : _____ |
| Date : <input type="text"/> | Prénom(s) : _____ |
| | Signature |

(2) Pour le capital décès, le versement sera effectué conformément à la désignation de bénéficiaire(s) de l'assuré ou à défaut selon la dévolution contractuelle.

EN CAS DE BESOIN

IMPORTANT :

Si l'ensemble des bénéficiaires souhaite nommer un interlocuteur unique pour la constitution administrative du dossier et/ou le paiement du capital décès, merci de vous rapprocher du centre de gestion en charge du dossier.

Pour nous permettre de prendre contact avec vous, merci de renseigner les éléments suivants :

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec le défunt : _____

Téléphone :

E-mail : _____

PIÈCES À FOURNIR

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

| Documents à fournir selon la situation familiale et les garanties du contrat | Capital décès | Rente conjoint | Rente éducation, orphelin et/ou handicap | Pré-décès | Frais obsèques | Incapacité permanente totale |
|---|--|----------------|--|------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demande de prestations complétée par l'employeur et la ou les personnes référentes pour la constitution du dossier | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Acte de décès original avec filiation | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Acte de naissance original, à jour des mentions marginales au jour du décès, du défunt et des bénéficiaires (datant de moins de 3 mois) | • | • | • | (uniquement du défunt) | (uniquement du défunt) | • |
| <input type="checkbox"/> Copie intégrale du ou des livrets de famille de l'assuré à jour de toutes les mentions marginales (sauf s'il célibataire sans enfant) | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire | • | • | • | • | (uniquement pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques) | • |
| <input type="checkbox"/> Acte de notoriété originale ou copie authentique, à défaut Attestation de dévolution successorale originale | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie du certificat médical post-mortem précisant la cause du décès (naturelle ou accidentelle) | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie intégrale du dernier avis d'imposition | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant le décès ou l'arrêt de travail en cas d'arrêt maladie avant le décès ou l'Incapacité Permanente Totale | • | • | • | • | (uniquement du mois du décès) | • |
| <input type="checkbox"/> Si le décès, ou l'Incapacité Permanente Totale, est précédé d'un arrêt de travail non indemnisé par AG2R RÉUNICA Prévoyance : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date du décès et, s'il y a lieu, d'une pension d'invalidité depuis la date de reconnaissance de l'invalidité | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance du juge des tutelles désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs (ou des majeurs incapables) et précisant les modalités de paiement des prestations | • (si enfant(s) mineur(s) ou majeur(s) incapable(s) bénéficiaire(s) du capital) | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire Cas particuliers : • Relevé d'identité bancaire portant la mention "sous administration légale de..." pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital décès • Relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation | • | • | • | • | • | • |
| Pour le salarié marié, engagé dans un PACS ou vivant en concubinage | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur (originale) de non séparation de fait au jour du décès | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois) | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Certificat de vie commune (ou de concubinage) original délivré par la mairie, à défaut déclaration sur l'honneur originale de concubinage | • | • | • | • | • | • |
| Pour chaque enfant à charge (en fonction de la définition prévue au contrat) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation jointe à la carte vitale du défunt et de chaque bénéficiaire | •* | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Pour les enfants de plus de 16 ans, un des justificatifs suivants : • certificat de scolarité original • attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance • copie du contrat d'apprentissage ou de qualification si études par alternance • attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations) | •* | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> En présence d'enfant invalide : copie du titre de pension d'invalidité ou attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité) | •* | • | • | • | • | • |
| En cas de décès accidentel | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> En cas de majoration accident : une copie du procès verbal de Police ou de Gendarmerie | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> En l'absence de majoration accident : Indiquer les circonstances de l'accident (article de presse relatant les faits et l'identité du défunt ou courrier) | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Si majoration accident prévue au contrat en cas de décès reconnu en accident du travail ou maladie professionnelle par le régime de base : décision du régime de base | • | • | • | • | • | • |
| Pour les frais d'obsèques | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Copie de la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom et le prénom de la personne ayant réglé les frais | • | • | • | • | • | • |
| En cas d'Incapacité Permanente Totale | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Certificat original du médecin traitant | • | • | • | • | • | • |
| <input type="checkbox"/> Copie de la notification de la pension d'invalidité 2° ou 3° catégorie du régime de base (selon garanties du contrat) ou justificatif de la majoration de la pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle | • | • | • | • | • | • |

* Justificatifs à fournir en cas de majoration pour enfant à charge prévue au contrat pour la garantie Capital Décès et en fonction de la définition prévue au contrat.

(1) ARTICLE 441-7

Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :

- 1. d'établir une attestation ou un certificat faisant état des faits matériellement inexacts ;
- 2. de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;
- 3. de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.

(2) ARTICLE 313-1

L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi des manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir à un acte d'obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende.

(3) ARTICLE 313-3

La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R RÉUNICA Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann 75379 PARIS CEDEX 08.